Formulario de informe
Exposición a los pesticidas por los humanos

Para departamentos de salud y proveedores de atención de salud

Mande el telefax a: *Environmental & Injury Epidemiology and Toxicology Branch*
Atención: *PEST Program*
Número de telefax: (512) 458-7222
Teléfono: (512) 458-7269 o (800) 588-1248

Nombre del personal que presenta el informe:
Nombre / Dirección de negocio: _____
_____
Número de teléfono: ( )_____
Número de telefax: ( ) _____

****Sírvase completar y regresar este formulario dentro de las 24 horas de recibir los informes de incidentes****

Información sobre la persona expuesta

Nombre: _____ _____ _____
Primer nombre Inicial Apellido

Dirección:_____ _____ _____
Número Nombre de la calle (Apartamento)

_____ _____ _____
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( )_____--_____

Fecha de nacimiento:____/____/_____ Edad:_____años Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

---

Información sobre el incidente a la exposición

Fecha del evento /de la exposición: _____/_____/_____(o fecha aproximadamente)

Descripción breve del evento (¿cómo fue que el paciente fue expuesto?): _____

_____

¿Sucedió la exposición mientras la persona estaba trabajando? ☐ Sí ☐ No

Producto químico / Tipo de pesticida (si se conoce) ejemplo. Órgano fosfato: _____

Información médica y sobre la salud

Síntomas que el reclamante reporta: _____

_____

¿Buscó tratamiento médico la persona (s) que fue expuesta? ☐ Sí ☐ No
(Si así fue, continúe con la información médica)

Fecha de tratamiento / cita: _____/ _____ / _____ (o fecha aproximadamente)

Médico o Facilidad médica y Ciudad: _____

Diagnóstico (si disponible): _____

¿Se llevaron acabo exámenes biológicos? ☐ Sí ☐ No (Si así fue, sírvase indicar qué tipo de examen fue)

Tipo de examen ☐ Colinesterasa plasmática ☐ Colinesterasa de hematíes
☐ Metabolitos urinarios ☐ Otro (especifique)

Para completarse por el *DSHS*

Medical Phone Number: _____
(Número de teléfono médico)

Fax Number: _____
(Número de telefax)

Date received by PEST Program: _____
(Fecha cuando se recibe por el Programa *PEST*)

PEST Staff Receiving Report:_____
(Personal del Programa *PEST* que recibe el informe)